4e Année. No 11. 1er Novembre 1883.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E. J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXIII

4e Année. N° 11. 1er Novembre 1883.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

SOMMAIRE. — **Travaux originaux** : Rhumatisme articulaire aigu à début auriculaire, par le Dr Ménière. — Des kystes du larynx, par le Dr Blanc, de Lyon. — De la syphilis de l'oreille, par le Dr J. Baratoux *(suite)*. — **Revue de la Presse.** — **Nouvel éclairage électrique** : Modification du Polyscope de M. Trouvé. — **Congrès international des Sciences médicales** (8e session, Copenhague, 1884) : Programmes provisoires de la section de laryngologie et de la section d'otologie. — **Index Bibliographique** : Larynx, Oreilles, Varia.

TRAVAUX ORIGINAUX

Rhumatisme articulaire aigu à début auriculaire;

par le Dr P. Ménière (1).

Il est fréquent d'observer des affections de l'oreille dans le cours de quelques maladies générales; mais le plus souvent elles sont consécutives.

Le cas dont je viens vous entretenir présente cette particularité, que l'affection de la caisse a précédé de quelques jours l'apparition d'un rhumatisme poli-articulaire.

Je n'ai trouvé le fait mentionné dans aucun des ouvrages classiques de pathologie ou d'otologie.

Voici l'observation qui date de quelques années.

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 19 octobre 1883.

Observation.

Un homme d'une trentaine d'années, de très bonne santé habituelle, sans antécédents connus de diathèse rhumatismale, vint me consulter pour une douleur très violente, dont le siège lui paraissait être le fond de l'oreille droite. Il avait pris froid deux jours avant, et les douleurs remontaient à dix-huit ou vingt heures, avec des rémissions très légères.

A l'examen aucune tuméfaction du conduit auditif externe; mais l'aspect du tympan frappa notre attention. Plus de concavité; la membrane ressemblait à une feuille de zinc, avec une teinte ardoisée, sombre, faisant un contraste singulier avec la blancheur de la peau du conduit; il est utile de noter qu'on ne voyait aucune injection des vaisseaux.

Le caractère lancinant et intermittent de la douleur me fit songer de suite à une otite moyenne au début.

Le malade se mit au lit, et j'instituai le traitement antiphlogistique local et le traitement général approprié.

Le lendemain les douleurs avaient conservé le même caractère; l'examen otoscopique ne montrait aucun changement, soit dans la conformation, soit dans la coloration du tympan.

Je fis continuer le traitement, m'attendant à voir survenir une collection liquide qui souvent perfore spontanément le tympan; j'étais du reste tout prêt à ouvrir une issue au moment favorable.

Le troisième jour, même situation; l'état général semblait moins bon, et je m'étonnais un peu de la marche de cette maladie.

Le quatrième jour enfin, en arrivant le matin, quel ne fut pas mon étonnement en trouvant le malade pris par un rhumatisme articulaire qui avait envahi les épaules et les coudes.

L'état de l'oreille se modifia rapidement à partir de ce moment; les douleurs cessèrent, et il n'y eut ni suppuration, ni surdité.

Réflexions. — Cette observation me paraît curieuse à plus d'un titre. Les symptômes étaient nettement accusés : douleurs violentes, lancinantes, avec exacerbations et rémissions dans le fond de l'oreille; modifications dans la forme et la coloration du tympan, à peu près semblables

à celles qu'on observe dans l'otite muqueuse au début; enfin, la crise de rhumatisme articulaire survenant au quatrième jour.

Cet état singulier m'amène naturellement à parler de la structure de la membrane de la caisse, siège primitif des accidents.

Pour certains auteurs, ce n'est qu'une *muqueuse*; pour d'autres, une *fibro-muqueuse*; M. Sappey l'appelle *membrane*, paraissant ainsi ne pas vouloir se prononcer sur une structure non encore bien définie.

Pour d'autres auteurs, cette membrane tiendrait à la fois de la séreuse et de la muqueuse, sans que toutefois l'histologie ait pu rien démontrer de positif.

Le fait que je viens de relater serait en faveur de cette dernière opinion.

En effet, il ne s'agit pas ici d'une otite moyenne *vraie* que le froid aurait pu déterminer et dont l'évolution n'aurait précédé que de quelques jours l'attaque de rhumatisme.

Ce qu'il m'a été donné d'observer, c'est une poussée congestive, particulière, sans exsudat, poussée qui a disparu rapidement dès que les phénomènes articulaires se sont montrés.

Je suis convaincu que des faits semblables se sont présentés, mais qu'ils ont passé inaperçus.

La semaine dernière, j'ai eu l'occasion de voir, dans le service de M. le professeur Fournier, un jeune homme ayant des douleurs rhumatismales dans les jambes, alternant avec des douleurs dans les oreilles. Au moment de mon examen, le rhumatisme était dans les membres, et je n'ai rien trouvé de particulier du côté du tympan.

Un de nos collègues m'a cité encore un autre cas dans lequel il y eut un gonflement alternatif des apophyses mastoïdes, précédant de quelques jours l'apparition des manifestations rhumatismales articulaires.

J'ai regardé comme utile de communiquer à la Société d'Otologie cette observation intéressante, et d'appeler son attention sur des faits encore mal connus (1).

(1) L'abondance des matières nous oblige à remettre à notre prochain numéro le compte-rendu de la Société Française d'Otologie et de Laryngologie (séance du 19 octobre 1883).

Des kystes du larynx;

Par le Dr Blanc (de Lyon) (1).

Je vous demande la permission de vous communiquer deux observations de kystes du larynx qui me sont personnelles.

Pour ne point abuser des instants que vous m'accordez, je ne recommencerai pas à ce propos l'étude générale de ces tumeurs, étude d'ailleurs très bien faite par notre collègue, M. le Dr Moure, de Bordeaux.

Comme lui et comme le Dr Cervesato, qui s'est aussi particulièrement occupé de cette question, je pense que ce sont des affections rares, moins rares cependant qu'on ne l'a dit; car dans ma clientèle seulement, outre les deux cas que je vais vous communiquer, j'ai eu en 1881 l'occasion d'en rencontrer un troisième chez une paysanne de vingt ans. Elle venait me consulter pour une fatigue de la voix datant de plusieurs mois, et pour des spasmes laryngés très pénibles qui se produisaient depuis quelques jours, lorsqu'elle faisait un effort ou montait un escalier. Elle présentait, sur le bord libre de la corde vocale gauche, une petite tumeur de la grosseur d'un grain de groseille, que je pris pour un polype muqueux et que je fis éclater en introduisant mes pinces dans le larynx, sans avoir eu le temps de la presser.

Cette jeune fille, subitement guérie, me promit de m'apporter quelques détails sur ses antécédents. Mais sa reconnaissance ne dépassa pas la porte de mon cabinet; je ne la revis plus. J'arrive à mes deux observations :

Observation I.

M. le général de D... vient me consulter pour la première fois le 29 novembre 1881. Il souffre depuis longtemps d'une pharyngite glanduleuse et de rhinite catarrhale, pour lesquelles il a consulté plusieurs médecins qui ont cautérisé le pharynx, et ordonné des irrigations nasales avec solutions phéniquées fortes.

A la suite de ces irrigations, il a perdu le goût et l'odorat.

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 19 octobre 1883.

Il est inquiet, et il se préoccupe d'autant plus de son rhume de cerveau, qu'il y rattache d'autres phénomènes morbides qui augmentent de jour en jour.

Depuis plusieurs mois, il se sent faible, sa voix est couverte; maintenant il a de la dyspnée, de la peine à monter à cheval; il éprouve de la fatigue à parler, à donner un commandement; il ressent de violentes douleurs de tête, parfois des vertiges, des étourdissements, de la fièvre, des insomnies; en un mot, il se plaint d'un malaise général qu'il ne peut s'expliquer. Croyant, dans ces conditions de santé, ne plus pouvoir continuer sa carrière militaire, il vient me demander de lui dire franchement s'il ne ferait pas mieux d'y renoncer tout de suite.

Le général a cinquante-sept ans; il est grand, solidement constitué, mais fort amaigri; le sang est porté à la tête, les conjonctives sont très injectées.

L'examen du pharynx et des fosses nasales ne fait que confirmer celui de mes confrères. Impossible d'ailleurs d'apercevoir directement l'épiglotte. Lorsque je porte le miroir du côté du larynx, quel n'est pas mon étonnement de ne trouver, à la place de l'ouverture glottique, qu'une masse énorme, bilobée, de la grosseur d'une noix, aplatie, sillonnée par quelques vaisseaux dilatés, recouvrant, déjetant l'épiglotte à droite et en bas, et laissant, pour le passage de l'air, une fente si étroite, qu'on est surpris que le malade puisse encore respirer.

Lui-même ne peut croire à une tumeur du larynx; il n'a jamais souffert en cet endroit, pas plus pour respirer que pour avaler.

Comme antécédents, il n'a jamais eu de maladies spécifiques; il a longtemps habité l'Afrique et abusé de la cigarette.

La soudure des os du crâne n'a eu lieu chez lui qu'après trois ans. C'est un arthritique.

Le toucher digital, en raison de la conformation de la mâchoire et de la situation profonde du larynx, ne me permet pas d'atteindre la tumeur.

Je peux, trois jours après, avec une pince recourbée, appuyer dessus et constater d'une façon évidente la fluctuation. Je porte alors le diagnostic de kyste et je parle de l'ouvrir.

Toutefois, ne voulant rien laisser à l'imprévu, désirant

surtout qu'il ne restât aucun doute dans l'esprit du général, je demandai une consultation, et il choisit le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, M. le Dr Daniel Mollière.

Cet excellent et distingué confrère, dont l'esprit honnête, chercheur et indépendant, est toujours prêt à accueillir avec la même satisfaction tout ce qui paraît nouveau dans la science, qu'il s'agisse de médecine générale ou de spécialité, fut fort intéressé par la tumeur que je lui montrai, et, quoi qu'il n'eût jamais eu encore l'occasion de voir un kyste du larynx, il accepta d'autant plus facilement mon diagnostic qu'il put, avec une main plus allongée que la mienne, en faisant mettre le malade à genoux et pencher la tête en avant, sentir assez nettement la fluctuation.

Il s'agissait de choisir le mode opératoire. Je proposai d'ouvrir et du même coup de cautériser le kyste avec le galvano-cautère. Ce moyen, à cause de la profondeur du larynx, me paraissait devoir être le plus facile, le plus prompt et le moins douloureux.

L'opération eut lieu le 20 décembre. J'ouvris les deux lobes du kyste; ses parois étaient épaisses. Elle fut si rapide et si peu sensible que le malade ne se serait pas douté qu'elle fût faite, si, sentant la bouche pleine, il n'eût craché la valeur d'un grand verre à liqueur d'une matière liquide, onctueuse, teintée par un peu de sang et ressemblant assez à du sirop de Flon délayé dans du lait. Malheureusement, il cracha dans un lavabo, avant que nous ayons eu la pensée de l'en empêcher, et nous n'avons pu en recueillir le contenu pour en faire l'examen histologique.

Instantanément, l'épiglotte se redresse et revient à sa situation normale. La glotte, dont auparavant on ne pouvait apercevoir aucune partie, est largement ouverte; les cordes vocales sont saines, à peine un peu hyperhémiées. La voix devient nette, la respiration facile, et alors seulement le général se rend compte qu'il avait une gêne réelle au larynx.

Les maux de tête, les vertiges, les insomnies, dès le jour même, tendent à disparaître. Le malade accuse une sensation de force, de bien-être, qu'il n'a pas éprouvée depuis longtemps et qui lui fait dire que le développement de son kyste doit remonter à plusieurs années.

Pendant les jours qui suivent, l'examen laryngoscopique ne révèle aucune réaction inflammatoire. La poche est reve-

nue sur elle-même et à peine, autour des petites ouvertures faites par le galvano-cautère, aperçoit-on une auréole rougeâtre, nullement douloureuse.

M. le général de D... quitte Lyon en janvier 1882; mais c'est un malade reconnaissant, et, au mois de mai 1883, il revient nous faire constater les heureux résultats de notre intervention.

A cinquante-huit ans passés, en quelques mois, il a engraissé de plus de 10 kilos. Je suis obligé, me dit-il, de renouveler toute ma garde-robe; je me sens fort et rajeuni, et, sans quelques douleurs rhumatismales dont je souffre depuis quelques temps, l'exercice et les fatigues ordinaires de la vie ne seraient plus rien pour moi.

Au mois d'août dernier, il est allé à Cauterets pour sa rhinite catarrhale, et je sais que M. le Dr Jules Bouvyer, qui lui a donné ses soins, n'a pu constater aucune trace de kyste.

C'est donc une guérison assurée, et cette observation vous paraîtra intéressante, je l'espère, à plus d'un titre :

1° A cause de l'âge, les kystes du larynx étant tout à fait exceptionnels après cinquante-cinq ans;

2° A cause du volume énorme de la tumeur à marche probablement lente et continue, ayant amené peu de gêne du côté du larynx, mais des troubles sérieux du côté de l'état général;

3° Enfin, à cause du mode opératoire, qui a été facile, prompt, nullement douloureux et a donné les meilleurs résultats. Ce mode opératoire n'avait pas, que je sache, été employé jusqu'à ce jour pour les kystes du larynx.

Observation II.

Ma seconde observation, dont j'ai vainement cherché, dans les mémoires publiés sur les kystes du larynx, un cas semblable, concerne une jeune fille d'une dizaine d'années, que je vis pour la première fois le 24 janvier 1883.

Sa famille me l'amenait pour une fatigue catarrhale ancienne du larynx et des bronches.

Cette enfant, très bien constituée d'ailleurs, est lymphatique. Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont prononcés du côté gauche. La voix est faible, rauque, inégale.

Le timbre en est sombré. C'est une voix d'homme plutôt qu'une voix de jeune fille. La respiration est accélérée, un peu sifflante.

Son père me raconte que sa voix n'a jamais été bien naturelle. Lorsqu'elle vint au monde, son premier cri fut bizarre et frappa ceux qui l'entendirent. Quelques mois après sa naissance, elle prit tout à coup des accès de suffocation et on crut la perdre. A ce moment là, on remarqua sur le côté gauche du cou une petite tumeur fluctuante, qui, ouverte, donna issue à une certaine quantité de pus. Dès l'opération la voix et la respiration s'améliorèrent d'une façon sensible, sans jamais devenir complètement satisfaisantes.

L'auscultation ne me révèle rien de particulier, si ce n'est un peu de diminution du murmure vésiculaire et un léger sifflement, qui semble provenir de la partie supérieure de la trachée.

Mais, à l'exploration du larynx, je trouve cet organe déformé, la partie gauche gonflée et cachant l'ouverture glottique. C'est tout ce que je peux voir à ce premier examen, qui est court et difficile. J'avertis la famille et je demande à revoir la malade au plutôt.

Le 13 mars seulement, c'est-à-dire un mois et demi après la première visite, les parents alarmés viennent la confier à mes soins. Le mal s'est aggravé; la respiration devient de jour en jour plus gênée et son entourage s'effraie avec raison d'un cornage prononcé, qui se produit pendant le sommeil.

A cette visite et à la suivante, j'habitue l'enfant à supporter le miroir, et le 19 mars, au quatrième examen, je peux avoir la certitude d'une tumeur du larynx, du volume d'une grosse amande déformée, englobant toute la partie gauche de l'organe, rejetant en haut et à droite l'épiglotte, cachant l'ouverture glottique dans les 4/5 de son étendue et ne laissant apercevoir qu'une petite portion de la partie postérieure de la corde vocale droite. Cette tumeur semble provenir du ventricule de Morgagni, qu'elle aurait refoulé intérieurement et dont je ne peux plus distinguer l'ouverture.

En immobilisant le larynx et en appuyant sur la tumeur avec une baleine recourbée, je sens un faible degré de fluctuation, ressemblant assez à la sensation qu'aurait produite le toucher d'un lipome résistant. Je porte le diagnostic de kyste,

et, vu l'aggravation des symptômes morbides, je propose de l'ouvrir au plus tôt.

Le 30 mars, M. le D[r] Daniel Mollière, qui a vu mon premier cas et qui est un ami de la famille, vient examiner avec moi M[lle] X... Elle a eu le temps de se familiariser au miroir, et, dans un examen rapide, l'habile chirurgien peut constater l'existence de la tumeur et sa nature fluctuante.

Nous arrêtons de l'ouvrir avec le galvano-cautère. Ce moyen nous paraît ici d'autant plus rationnel, qu'il nous permettra d'agir vite, un peu par surprise, alors qu'avec la dyspnée et l'état nerveux de notre malade il nous serait bien difficile d'introduire sûrement dans son larynx un instrument tranchant. En attendant, nous donnons l'ordre d'avoir en permanence tout ce qui est nécessaire pour faire au besoin la trachéotomie.

Toutefois, la famille, qui est prévenue contre toute intervention intra-laryngée (elle eût, je crois, préféré une laryngotomie externe), est toujours hésitante, et ce n'est qu'après plusieurs consultations, où nos honorés confrères MM. les D[rs] F. Levrat et Laroyenne ont bien voulu nous aider de leurs conseils, qu'on me permet, le 28 avril, de pratiquer nne ponction exploratrice avec le galvano-cautère.

Il n'y avait du reste plus à reculer. Le cornage de la nuit avait encore augmenté; il était si fort qu'il s'entendait de la porte d'entrée, alors que la chambre de M[lle] X... était à l'autre extrémité d'un grand appartement. La pauvre enfant ne dormait plus qu'en s'appuyant en arrière sur les deux bras pour augmenter l'amplitude de la poitrine.

Comme nous l'avions prévu, l'opération se fait facilement et sans douleur. C'est bien un kyste du larynx; mais il ne sort plus, comme dans notre premier cas, un liquide transparent, mucilagineux; c'est une matière épaisse, ressemblant à du mastic, pâteuse, grumeleuse, grise, telle qu'on la rencontre dans les kystes dermoïdes. Il n'en sort qu'une petite quantité; vu sa consistance, l'ouverture n'est point assez large. Il aurait fallu l'agrandir. Malheureusement l'enfant est émue, sa famille non moins qu'elle, et on demande de s'arrêter pour cette fois à cette simple ponction, qui d'ailleurs tranquillise complètement, en édifiant sur la nature du mal. Nous nous contentons donc de faire extérieurement quelques pressions qui probablement font sortir une partie du contenu, qui passe dans le tube digestif.

A peine opérée, la petite malade parle mieux et respire facilement. Le lendemain elle est gaie; elle a passé une bonne nuit.

Quatre jours après, aucune réaction inflammatoire ne s'est produite et le laryngoscope montre que la tumeur a diminué de plus des deux tiers.

Tout allait donc pour le mieux, lorsque le 3 mai la pauvre enfant est reprise tout à coup de malaise, de frisson, de fièvre; la peau est chaude, les amygdales et le pharynx se congestionnent; les ganglions sous-maxillaires s'engorgent, et, sans que la respiration redevienne mauvaise, la voix se perd de nouveau; la muqueuse laryngée est très rouge.

Inquiet et très perplexe, je provoque une nouvelle consultation, et il est décidé que M. Gouilloud, un interne distingué de Lyon, qui s'est joint à nous, et sur la prudence duquel nous pouvons pleinement compter, restera près de la malade. Il a ordre de pratiquer la trachéotomie s'il se produit un accès de suffocation. Il passe près d'elle trois nuits consécutives; la première est fort agitée, la seconde plus calme, et la troisième si tranquille que malade et médecin, succombant au sommeil, la passent tout entière sans se réveiller.

Le 7 mai, l'enfant a repris sa gaîté, et, à part un peu de faiblesse, tous les phénomènes morbides ont disparu.

Que s'était-il passé? L'explication ne se fait pas attendre. Le 8 mai, une de ses jeunes sœurs est prise de scarlatine. Encore sous le coup des émotions des jours passés et pour éviter toute contagion, on se hâte de transporter notre petite opérée chez sa grand'mère. Averti, je me rends près d'elle. J'examine ses mains et je constate un commencement de desquamation qui ne finira que 12 à 15 jours après.

Il n'y avait plus de doute; la première, elle avait eu la scarlatine, qui s'était manifestée sous forme d'angine, et toutes les préoccupations étant portées sur les suites de l'opération, personne n'avait songé à une fièvre éruptive.

C'est ainsi que peu s'en est fallu que cette coïncidence étrange de scarlatine intercurrente n'ait provoqué une trachéotomie inutile et que le galvano-cautère ne soit devenu responsable d'accidents dont il était bien innocent.

Depuis, nous nous sommes demandés ce que serait devenue la malade si elle n'avait pas été opérée avant le début de l'angine scarlatineuse, et nous pensons qu'une suffocation aurait été inévitable.

Pour en finir avec cette observation, je rappelle que je n'ai point pu vider complètement le kyste. Je pense le faire bientôt et sans danger avec le galvano-cautère, que je porterai de nouveau dans la poche, afin d'obtenir sa destruction ou des adhérences complètes.

Le mois dernier, j'ai revu la jeune fille; son état général était excellent, sa respiration parfaite. La voix, bien meilleure du reste, seule laissait encore à désirer. Deviendra-t-elle tout-à-fait naturelle? Il est difficile de le dire, la corde vocale gauche étant atrophiée et le larynx restant encore déformé, par suite de la compression qui existait depuis la naissance. Je songe à faire plus tard quelques électrisations directes.

Quelle est la nature du kyste en question? Je crois, à cause de la consistance et de l'aspect de la matière extraite, que nous sommes en présence d'un kyste dermoïde, et d'un de ces kystes dermoïdes congénitaux de la partie antéro-latérale du cou signalés et décrits par Paget, Follin, Broca, Verneuil, Heurtaux, Cusset et Gironde, qui se sera développé sur le trajet de la troisième fente bronchiale placée en dessous de l'os hyoïde, et se sera fait jour ensuite dans le larynx, en refoulant les muscles et les membranes.

La gêne dans le larynx, manifeste depuis la naissance, l'amélioration subite obtenue après l'ouverture de ce que l'on a appelé un abcès ganglionnaire et qui n'était peut être qu'une partie d'un kyste dermoïde enflammé, bilobé, dont une portion se sera échappée extérieurement et dont l'autre partie sera restée emprisonnée du côté du larynx, la persistance de la gêne du côté de cet organe, son aggravation, tout nous fait penser que c'est bien là un kyste branchial, congénital.

On pourrait rapprocher de ce cas celui que M. le Dr Daniel Mollière a observé dans son service de l'Hôtel Dieu. Ayant remarqué chez une jeune fille une sécrétion persistante à l'ouverture d'un de ces kystes dermoïdes du cou, il introduisit un crin de cheval dans cette ouverture, et à son grand étonnement il le vit sortir par la bouche en contournant l'épiglotte.

De la Syphilis de l'oreille (*Suite*) (1);

par le Dr J. Baratoux.

Cet auteur nous enseigne que la syphilis peut donner lieu soit à l'inflammation, à l'ulcération, et par suite à un polype de la face externe du tympan, soit à un abcès des cellules mastoïdiennes qui ne sera traité avec succès que par l'emploi simultané de la médication générale et locale.

Tel était aussi l'avis de John André (2), qui avait remarqué que quelquefois l'emploi d'une médication convenable destinée à détruire le virus spécifique, n'arrivait pas à produire la guérison; la surdité apparue en même temps que les autres accidents syphilitiques persistait, ainsi que les bruits de cloches et de bourdonnements, symptômes signalés par un certain nombre d'auteurs, comme nous l'avons vu plus haut, ainsi que par Turquetus de Mayence (1650), qui considérait l'ozène, les ulcérations du pharynx, les bourdonnements et la surdité, comme des symptômes très graves de la syphilis.

Saissy ajoute que cette maladie détermine parfois l'épaississement du tympan au point de le rendre cartilagineux et même osseux, et tend à épaissir les humeurs lymphatiques et muqueuses et à les concréter dans la caisse du tambour et dans les cellules mastoïdiennes. Cet auteur croit encore que, dans la syphilis, la surdité est produite par le gonflement squirrheux, l'oblitération, l'ulcération de l'orifice guttural de la trompe, ou encore par l'accumulation d'une matière crayeuse dans l'oreille moyenne.

Quelques années avant lui, Otto (3) avait trouvé une masse gélatineuse assez épaisse dans la caisse du tympan d'une femme syphilitique.

Th. Perrin (4), l'annotateur de Saissy, attribue la

(1) Dans le numéro précédent, lire Plenck au lieu de Pleuck et Trnka au lieu de Truka.

(2) John André, *Sur la gonorrhée vénérienne et sur les maladies vénériennes. Trad. all.* Leipzig, 1781.

(3) Otto, *Handb. der path. Anat. Breslau*, 1814, p. 184.

(4) Th. Perrin, in *Saissy, loc. cit.*, p. 167.

surdité vénérienne soit à une ulcération ayant fermé le tube d'Eustache, soit à une carie du temporal. « La » surdité, dit-il, venant à la suite d'une ancienne affection » syphilitique, dont la marche n'a pas été arrêtée, et qui » ne provient pas d'ulcération qui aurait pu oblitérer la » trompe d'Eustache, a le plus ordinairement pour cause » la carie de la portion mastoïdienne de l'os temporal, » celle des osselets ou de quelque autre portion osseuse » concourant à former les différentes parties de l'oreille » interne, ou bien encore du pus provenant de cette » même carie dont l'épanchement s'est fait dans la caisse » du tambour, quelquefois de ces deux circonstances « réunies. »

Lagneau père (1) attribue aussi cette surdité à l'épanchement dans la caisse du tympan de pus fourni par la carie de l'apophyse voisine mastoïde ou les osselets, au gonflement de la muqueuse de l'oreille moyenne qui rétrécit ainsi cette cavité ou encore aux exostoses ou aux polypes de l'oreille externe.

Dominel et Lepestre (2) observèrent en 1826 un malade atteint de surdité à la suite d'un ulcère syphilitique du pharynx.

Deux ans après, Rennes (3) publiait, dans le même recueil, un cas de déviation de la marche de même nature, due, croyons-nous, à une lésion des canaux semi-circulaires ou à la branche nerveuse qui s'y distribue.

Lallemand (4) obtient deux guérisons de surdité, chez un médecin et un officier d'infanterie, par un traitement antivénérien administré contre de nouveaux symptômes syphilitiques développés successivement sous les formes les plus insidieuses.

En 1834, Démétrius Dallas (5), quoique n'ayant jamais constaté aucun fait d'otite syphilitique, signale cependant, d'après les indications de M. Lallemand, que la maladie

(1) Lagneau père, *Traité pratique des maladies syphilitiques*. Paris, 1828, t. 1, p. 436, 6e édition.

(2) Dominel et Lepestre, *Arch. gén. de Méd.*, 1830, mars, t. XXII, p. 338.

(3) Rennes, *Arch. gén. de Méd.*, 1832, février, t. XXVIII, p. 202.

(4) Lallemand, *Recherches anatomo-pathol. sur l'encephale*. Paris, 1834, t. III, 7e lettre.

(5) Démétrius Dallas, *Essai sur l'otite*. Paris et Montpellier, 1834, p. 17, 2e édition.

vénérienne peut déterminer « une otite par la suppression d'une blennorrhagie vénérienne ou par l'infection générale de l'économie ».

Vering (1) dit avoir vu des cas d'otite interne (moyenne) due à la syphilis.

Kramer (2) admet que cette diathèse prédispose à la forme chronique de l'inflammation profonde de la caisse; mais il rejette son influence sur la carie de la portion osseuse du conduit, car il n'a jamais observé des faits de ce genre.

L'année suivante, ce livre fut traduit en anglais par le Dr Bennett, qui y ajouta une observation que lui avait communiquée Ebenezer Smith. Il s'agissait d'un malade dont les ulcérations du conduit, l'otorrhée et la surdité, guérirent par un traitement mercuriel.

Au même moment, Lincke (3) mentionnait des exostoses de l'enclume chez une « Venus vulgivaga ».

En 1838, Deleau jeune (4) consacre dans ses recherches sur les maladies de l'oreille trois pages aux phlegmasies vénériennes. « Après la guérison de ces phlegmasies » spéciales opérées par le mercure, dit-il, le pavillon de » la tempe, non-seulement reste fermé, mais il oppose » souvent un obstacle invisible à l'introduction de la » sonde; et si on parvient à vaincre la résistance, il est » assez ordinaire de voir la surdité persister, ou du moins » ne céder que peu, malgré le rétablissement de la circu- » lation de l'air dans l'oreille moyenne. » Cependant, l'auteur aurait obtenu un heureux résultat dans un cas sur trois, qu'il cite à l'appui de ses idées.

Comme Deleau (5), Bérard croit que la trompe peut être détruite par le voisinage d'un ulcère syphilitique, d'où occlusion organique de ce conduit. Plus loin, il note que

(1) Jos. von Vering, *Aphorismen uber Ohrenkranheiten*, 1834, p. 16, 22 et 34.

(2) Kramer, *Lehrbuch der Ohrenheilkunde*. Leipzig. 1836.

(3) C. G. Lincke, *Handb. der theoret. und prat. Ohr.* Leipzig, 1837, theil II, p. 395.

(4) Deleau jeune, *Recherches pratiques sur les maladies de l'oreille et sur le développement de l'ouïe et de la parole chez les sourds-muets*, 1re partie, 1838, ch. II : *Phlegmasies vénériennes*, p. 67, obs. 12, 13, 14, et p. 111, obs. 37.

(5) Bérard, art. *Maladies de l'oreille* du *Dict. de Médecine*, 2e édition, t. XXII, p. 385 et 387.

« l'abcès profond mastoïdien suppose presque toujours » une carie ou une nécrose superficielle de la partie » mastoïdienne du temporal, et ces altérations naissent » sous l'influence d'un état rhumatismal ou scrofuleux, » plus souvent encore du vice vénérien, comme l'a » indiqué J.-L. Petit ».

Gibert (1) a rapporté des exemples de surdité syphilitique et de vertige de même nature.

Baumès (2) signale l'existence d'écoulement purulent et de végétations molles, fongueuses, pédiculées, dans le conduit auditif externe; il parle aussi de l'ulcération syphilitique de l'amygdale qui, s'étendant dans tous les sens, envahit les parties environnantes, atteint parfois l'orifice de la trompe d'Eustache et cause la surdité ou l'altération de l'ouïe du côté affecté bien plus souvent que ne le font les autres ulcérations.

L'année suivante paraît dans les *Archives de Médecine* une observation de syphilis avec otorrhée et abcès mastoïdien (3). Puis Diday (4) constate la coïncidence de la surdité et de l'hémiplégie faciale chez un malade que M. Ricord a traité pour une syphilis constitutionnelle.

Dieterich (5) ne croit pas que l'on puisse distinguer l'otite des syphilitiques de celle des rhumatisants. Dans ce cas, il fait usage de calomel suivant la méthode de Peyer, car ce médicament agit et sur l'intestin et sur le foie, qui a des relations sympathiques bien connues avec l'oreille.

Cazenave observe de l'otalgie dans la syphilis tertiaire du pharynx.

Dans un cas rapporté par Courty (6), chef de clinique de Lallemand, cette diathèse avait déterminé de la surdité avec carie du rocher.

En 1845, J. Rauch (7) publie un exemple de paralysie

(1) Gibert, *Névroses. Revue médicale*, mars 1840, t. I, p. 327.

(2) Baumès, *Précis sur les maladies vénériennes*, Paris, Lyon, 1840, 2e partie, p. 439 et 453.

(3) Bright, James Bruce, *Arch. gén. de méd.*, 1841, 3e série, t. XI, p. 82.

(4) Diday, *Gaz. méd. de Paris*, 1842, p. 834.

(5) Dieterich, *Die Krankcheits familie Syphilis*. Landshut, 1842, p. 197, 198, 384.

(6) Courty, *Clinique de Montpellier*, 1844, 1er février.

(7) Joseph Rauch, de Graetz, *Œsterreichische medic. Wochensch. Wien*, 29 mars 1845, nº 13, p. 384.

générale de nature spécifique avec troubles de l'ouïe qui finit par être abolie.

La même année, Davasse et Deville (1) énumèrent l'ordre de fréquence du siège des plaques muqueuses. Ils notent leur présence au pourtour des oreilles, comme l'un des plus rares lieux d'élection. En effet, sur 186 femmes ils n'ont trouvé que deux cas de plaques aux oreilles. Avant eux, Bassereau, sur une statistique de 130 sujets du sexe masculin, n'en avait constaté aucun cas. Pour Davasse et Deville, c'est en arrière de la conque ou en avant du lobule, parfois dans le conduit auditif externe, qu'on les trouve. Elles ont les caractères ordinaires de la plaque muqueuse des autres parties du corps.

Davasse rapporte encore une observation de paralysie faciale droite de nature spécifique, avec ouïe dure du même côté, et un cas d'épilepsie avec altération de l'ouïe et de l'odorat coïncidant avec des lésions profondes syphilitiques du pharynx et du palais (2).

Dans son *Traité des maladies de l'oreille*, Hubert-Valleroux dit que « les dartres et autres affections cutanées de » nature contagieuse, dans le cas même où elles siègent » dans les régions éloignées de l'organe auditif, sont » souvent suivies de l'invasion de la cophose (3) ». Parlant du rétrécissement et de l'oblitération du conduit auditif interne (trompe d'Eustache), il raconte que Valsalva découvrit l'usage des conduits gutturaux de l'oreille en soignant un seigneur Polonais atteint d'une ulcération spécifique de la gorge. « Chaque fois qu'il appliquait » une petite tente sur l'orifice du pavillon, le malade » devenait sourd, et il recouvrait l'ouïe aussitôt qu'on » avait extrait le corps étranger. »

Hubert-Valleroux croit que les polypes n'apparaissent que chez les individus « vivant sous l'influence » d'une idiosyncrasie scrofuleuse ou syphilitique ». Cet auteur

(1) Davasse et Deville, *Études cliniques sur les maladies vénériennes : Des plaques muqueuses*. (*Arch. gén. de Médecine*, octobre 1845.)

(2) Davasse, in Thèse de Dumoulin, *De la cachexie en général, et de la cachexie syphilitique en particulier*, p. 44 et suivantes. Paris, 1848, n° 225.

(3) Hubert-Valleroux, *Mémoire sur le catarrhe de l'oreille moyenne*, 1845, p. 32 et 42.

Hubert-Valleroux, *Essai thérapeutique sur les maladies de l'oreille*, 1846, p. 50, 101, 282, 314 et 375.

n'admet guère que les diathèses comme cause de la carie du rocher, à part le traumatisme toutefois.

« Si la carie est d'origine syphilitique, dit-il, on observe » tous les soirs une augmentation notable des douleurs. »

Faut-il encore signaler dans cet historique une observation de Briquet (1) ayant trait à une femme atteinte de convulsions douloureuses à la face, avec hémiplégie et abolition unilatérale des sens, probablement dues à une tumeur syphilitique dont la guérison fut obtenue par le traitement ioduré.

Franck avait déjà rapporté, d'après Bayle (2), un exemple remarquable de guérison par le mercure d'une surdité due à une lésion labyrinthique avec symptômes cérébraux.

Rayer (3) a cité un cas avec autopsie de tumeur lardacée qui survint dans la fosse du rocher droit d'un syphilitique à la période tertiaire; cette tumeur avait déterminé des vertiges et de la surdité. Dans un autre fait du même auteur, il se manifesta une douleur sourde dans l'oreille gauche avec paralysie des nerfs moteurs, chez un malade dont les accidents primitifs remontaient à quatre ans.

Dans la traduction française du Traité de Kramer (4), P. Ménière y dit que la diathèse strumeuse prédispose les jeunes sujets aux suppurations profondes de l'oreille. « Peut-on en dire autant de la diathèse syphilitique? J'ai » souvent parcouru les salles de l'hôpital des vénériens » de Paris, et je n'y ai jamais rencontré de maladies » d'oreilles. Rien n'est plus rare qu'une otite interne » dépendant de cette cause. Les affections ulcéreuses de la » gorge et du nez donnent lieu, quelquefois, à des lésions » de la trompe; mais ces cas sont rares, proportionnelle- » ment, et je pourrais joindre à cette assertion le témoi- » gnage des médecins de Paris que leur position met à » même de voir une immense quantité de maladies » syphilitiques. »

(1) Briquet, *Annales de thérapeutique de Rognetta*, avril 1847, p. 12.

(2) Bayle, *De la syphilis cérébrale ou méningienne.* (*Annales de thérap. et toxicologie de Rognetta*, tome V, décembre 1847, p. 338.)

(3) Rayer, in Thèse de Badin Hurtebise, *Sur la paralysie du nerf moteur oculaire externe*. Paris, 29 février 1849, n° 25, p. 17 et 22.

(4) Kramer, *Traité des maladies de l'oreille*. Trad. fr. par P. Ménière, 1848, p. 289, note du traducteur.

Peu après paraissait dans l'*Union Médicale* (1) une observation de paralysie faciale spécifique précédée d'une sensation désagréable de l'oreille et suivie d'insensibilité du conduit auditif externe.

La même année, le professeur Schutzemberger (2) rapportait un cas de surdité et de bourdonnement chez une femme ayant eu des accidents primitifs vingt ans auparavant.

Wylde (3) signale la fréquence de la myringite syphilitique, spécialement chez les personnes lymphatiques, à peau blanche, aux yeux bleus qui ont déjà eu des ulcères des parties génitales.

La maladie vénérienne peut amener la paralysie du nerf auditif, dit M. Bedel dans sa thèse inaugurale (4). « Elle débute par une ostéite ou une carie de l'apophyse » mastoïde, s'étendant, par proximité, au rocher. M. Mé» nière, dans la séance de la Société de Médecine du » onzième arrondissement, du 1er juin 1844, en cite plu» sieurs cas, dont quelques-uns étaient remarquables par » un épaississement notable de périchondre de l'oreille. » Dans quelques cas aussi, le temporal d'un côté lui a » paru épaissi et hypertrophié. »

A propos d'une discussion académique au sujet d'une communication de M. Landouzi (5) que M. Constantin Herrenschneider (6) résume en disant que « l'exaltation » de l'ouïe du côté paralysé est un symptôme presque » constant de l'hémiplégie faciale, indépendante de toute » affection cérébrale; qu'elle doit être attribuée à la » paralysie du muscle interne du marteau », muscle animé par le petit nerf pétreux superficiel venant du facial, M. Ricord (7) annonce à l'Académie de Médecine qu'il avait eu souvent l'occasion d'observer la paralysie faciale chez des vénériens, chez qui elle est très connue;

(1) M. F. A..., *Union Médicale*, 1850, janvier 12 et 15, p. 21 et 25.

(2) Schutzemberger, *Gazette méd. de Strasbourg*, 20 juillet 1850, p. 200 et 202.

(3) Wylde, *Archives générales de Médecine*, 1851.

(4) Bedel, *De la syphilis cérébrale*. Thèse de Strasbourg, 1851, p. 36.

(5) Landouzi, *Mém. de l'Acad. des Sciences*, 1850, janvier.

(6) Herrenschneider, *Paralysie faciale*. Thèse Strasbourg, 1851.

(7) Ricord, *Gaz. Méd.*, 1851, p. 75. Compte-rendu de la séance de l'Acad. de Méd. du 27 janvier 1851.

mais qu'il n'en avait jamais eu un seul accusant l'exaltation de l'ouïe. Au contraire, chez plusieurs, il a constaté de la surdité, ainsi que l'altération particulière du goût. La même année (1), cet auteur citait deux cas de surdité due à un gonflement de l'arrière-gorge ayant obstrué la trompe d'Eustache et un troisième cas de tintements d'oreilles de nature syphilitique.

Peu après paraissait, dans le journal de Lucas-Championnière (2), une observation d'un malade de Sandras qui paraissait avoir eu une exostose syphilitique du rocher du côté droit.

Deval (3) rapporte aussi une guérison de surdité chez une syphilitique.

Davaine (4) raconte qu'un malade ayant eu un chancre il y a huit ans, fut pris de douleurs aiguës dans l'oreille droite, puis de paralysie de la face du même côté. « L'ouïe, normale à gauche, est très dure de l'oreille droite; le mouvement d'une montre, à un centimètre de cette oreille, n'est point perçu. Néanmoins, les sons forts ou aigus l'impressionnent douloureusement; les sensations auditives sont plus longues et plus persistantes. »

Melchior Robert (5) observe un malade qui, à la suite d'un chancre, présenta, quelques années après, des phénomènes d'aliénation mentale avec mal de tête au dessus de la région pariétale gauche et semi-surdité de l'oreille du même côté, symptômes qui augmentaient d'intensité la nuit. Il y a trois ans, il avait déjà eu de la surdité qui reparut quelques mois avant l'aliénation mentale. Robert diagnostiqua un gonflement partiel de la table interne du temporal et prescrivit un traitement ioduré. Au bout de quatre jours, la surdité et la douleur de tête avaient diminué.

L'année suivante, Gamberini (6) indique les fongosités

(1) Ricord, *Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens.* Paris, 1851, pl. XXXIV, obs. et fig. 3, obs. et fig. 2, et pl. XXXIX.

(2) Lucas-Championnière. *Jour. de Méd. et de Chirurg. pratiques.* Paris, 1851, p. 338.

(3) Deval, *Traité d'amaurose.* Paris, 1851, p. 215.

(4) Davaine, *Mémoire sur la paralysie générale ou partielle des deux nerfs de la septième paire.* In *Comptes-rendus et Mémoires de la Société de Biologie*, t. IV, 1re série, mars 1852, p. 169. Paris, 1853.

(5) Melchior Robert, *Traité des maladies vénériennes.* Paris, 1853, p. 385.

(6) Gamberini, *Trattato delle malattie veneree.* Bologna, 1854, t. I, p. 359.

sanguinolentes développées dans le conduit auditif et sur la membrane du tympan comme accidents syphilitiques.

Yvaren (1) publie l'observation d'une femme qui, ayant contracté la syphilis vers l'âge de seize ans, et ayant ensuite perdu cinq enfants morts-nés ou âgés de quelques mois, fut prise, à l'âge de trente ans, de douleurs à l'apophyse mastoïde, au-dessous de l'oreille, à la tempe et au-devant du pavillon auriculaire du côté droit, peu après douleur et ganglions au-devant de l'oreille gauche. Ces symptômes disparurent à la suite d'un traitement ioduré.

A. von Graefe (2) note aussi les bourdonnements continuels de l'oreille dans la maladie vénérienne, bourdonnements qui guérirent par l'emploi de l'iodure de potassium.

Roquette, de Nantes (3), a vu un cas analogue, terminé également par la guérison, sous l'influence du même traitement. Il s'agissait d'un capitaine au cabotage qui avait une paralysie faciale due soit à une persistance ou à une exostose syphilitique enchâssée dans le canal osseux qui parcourt le facial.

A l'autopsie d'une fille de vingt ans ayant succombé à des accidents cerébraux spécifiques, et ayant présenté dans le cours de sa maladie des vertiges et des bourdonnements, Faurès (4) trouva des granulations du quatrième ventricule. Ces végétations présentaient la plus grande analogie avec le tissu érectile.

Sandras (5) décrit un cas d'altération des organes des sens, particulièrement de l'ouïe, avec vertiges et hémiplégie, chez un homme qui avait contracté la syphilis dans sa jeunesse, à la suite d'un traitement spécifique. Tous ces symptômes s'amendèrent.

Paraît alors le *Traité des maladies vénériennes* de Vidal (6). Après avoir dit que les pustules muqueuses se

(1) Yvaren, *Métamorphoses de la syphilis*, 1854, p. 158.

(2) A. von Graefe, *Arch. für. ophth* Berlin, 1854, b. I, abt. II, p. 313.

(3) Ch. Roquette, de Nantes, *Union médicale*, 22 août 1854, p. 411.

(4) Faurès, *De l'affection syphilitique du cerveau. Gazette médicale de Toulouse*, 1854, p. 265.

(5) Sandras *Gazette des hôpitaux*, 1854, 30 décembre.

(6) A. Vidal (de Cassis), *Traité des maladies vénériennes*, 2e édit. Paris, 1855, p. 277, 428, 439, 505 et 526.

rencontrent aux oreilles « à l'union de la conque avec la région mastoïdienne, autour du conduit auditif » et dans le conduit lui-même, cet auteur consacre un paragraphe à l'étude de la muqueuse de l'oreille.

Il y rappelle l'observation d'un malade qui avait des pustules muqueuses dans les deux conduits; « d'un côté, » dit-il, on voyait la plaque s'élever et un léger suinte- » ment; de l'autre côté, à gauche, le conduit auditif était » exubéré, d'un rouge obscur brun, et il se faisait un » véritable écoulement par cette oreille. L'audition » n'était en rien altérée », contrairement à l'opinion de la plupart des auteurs, de Baumès entre autres. Il a vu des « écoulements jaunâtres verdâtres », comme les avait déjà signalés le médecin de Lyon; mais il ne croit pas, comme celui-ci, que ce sont les végétations molles, fongueuses, pédiculées, qui les produisent, mais bien des plaques muqueuses. Ces plaques cédaient aux soins de propreté (lotions avec eau blanche, avec eau chlorurée étendue) combinés avec le traitement interne de pilules de protoiodure de mercure.

Pour Vidal, seules les ulcérations profondes du pharynx déterminent l'obstruction de la trompe, d'où surdité plus ou moins complète. Plus loin, il cite un cas de méningite avec exaltation considérable de l'ouïe; enfin, dans un chapitre spécialement consacré aux maladies vénériennes des nouveau-nés, il s'exprime ainsi : « Le conduit auditif » externe, le pavillon de l'oreille, sont quelquefois le siège » de la même sécrétion purulente (comme dans le coryza). » Toutes les fois qu'il s'agit d'un enfant nouveau-né de » parents vénériens, on devra explorer le pavillon de » l'oreille et le conduit auditif, attendu que ces parties » sont quelquefois le siège d'excoriations. J'ai observé » dernièrement un nouveau-né appartenant à une famille » dont le père avait eu plusieurs gonorrhées. Cet enfant » n'a offert pendant deux mois qu'une rougeur cuivrée » du conduit auditif. Après ce temps, il survint des » pustules à l'anus et aux parties génitales. »

Si je rapporte textuellement les paroles même de Vidal, c'est que je veux faire ressortir qu'il est le premier auteur signalant les affections syphilitiques de l'oreille dues à l'hérédité, et, dans le chapitre des maladies véné-

riennes des nouveau-nés, cet auteur dit « qu'il ne sera pas seulement question des nouveau-nés, mais aussi de celui qui doit naître ».

M. Cadet de Gassicourt (1) recueille à la clinique du professeur Nélaton une observation publiée dans le *Traité* de Vidal.

Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans qui avait une céphalée intense du côté gauche avec exacerbations nocturnes. « Cette céphalée se juge alors par une otorrhée » gauche, indolente, purulente, qui persiste quinze jours » et cède sans traitement. Le malade entend depuis cette » époque moins bien de ce côté. Depuis la même époque, » il est sujet de loin en loin à des étourdissements; il ne » sait plus où il est, sa vue s'obscurcit, les oreilles lui » bourdonnent, les objets extérieurs tournent autour de » lui, il chancelle, il tomberait s'il ne se hâtait de saisir » quelque appui. Cela dure cinq ou six secondes, et n'a » pas d'autres suites. » Deux ans plus tard, pustules d'ecthyma, ulcérations, et en 1854, hémiplégie, iritis. Il entre alors dans le service de M. Nélaton, qui le soumet avec succès au traitement ioduré.

Rau (2), comme Kramer, croit que la syphilis n'est jamais, ou du moins que très rarement, une cause directe de maladie d'oreille. Jamais elle n'attaque l'oreille, dit-il; elle n'y vient qu'indirectement, à la suite d'une affection inflammatoire de la gorge. *(A suivre.)*

(1) Vidal (de Cassis), *loc. cit.*, p. 501.
(2) Rau, *Lehrb. der Ohrnh.* Berlin, 1856, p. 66 et 90.

Revue de la Presse

Le larynx et le pharynx du sourd-muet; par M. Marius Dupont. — Il s'agit de quelques notes recueillies par cet auteur à l'Institution nationale des Sourds-Muets de Paris, où M. Krishaber fit porter ses investigations sur une dizaine d'élèves. Il y eut parmi eux de bonnes et de mauvaises voix, des enfants ayant ou n'ayant pas parlé, ayant ou n'ayant pas

entendu. M. Krishaber constata un renversement en arrière de l'épiglotte, qui recouvrait presque entièrement le vestibule. En outre, la plupart avaient les amygdales hypertrophiées.

Une chose également fut frappante, c'est la tolérance des élèves en présence des investigations laryngoscopiques. Ne serait-elle pas due : 1° à la perversion générale de la sensibilité chez le sourd; 2° à l'emploi fréquent de la spatule et du doigt dans l'enseignement de l'articulation?

Chez aucun des sujets examinés, il n'existait d'inflammation des bandes ventriculaires. On ne saurait donc attribuer à un état particulier de celles-ci la voix rauque qui est le propre du sourd-muet. Peut-être, d'après Krishaber, serait-il plus juste de mettre ce trouble sur le compte des mucosités accumulées dans les ventricules. Mais il peut s'expliquer autrement. Chez l'entendant qui a pour régulateur l'oreille, les tensions et les contractions de la corde vocale sont variables à l'infini; tandis que chez le sourd l'acte de la phonation est plus automatique, moins volontaire. Manquant de base et de régulateur, le sourd émet quantité d'harmoniques en disproportion avec le son fondamental; il se forme des *battements*, c'est-à-dire plutôt un bruit qu'un son de valeur musicale. Selon le même auteur, dans le chuchotement les cordes vocales sont rapprochées et non ouvertes, comme on l'a prétendu.

Du chuchotement, M. Krishaber rapproche la *mussitation* dont il a observé un cas. Ici, les lèvres font office de glotte et le sujet produit des sons par une série d'explosions labiales qui, avec le concours de la langue, forment les consonnes, tandis que les voyelles sont produites, dans la cavité buccale elle-même, par un mécanisme exécuté au moyen de la langue, du voile du palais et des parois mêmes des joues.

Enfin, dans la voix de fausset, la glotte supérieure est complètement effacée, tandis que les rubans vocaux, entièrement rapprochés au moment de l'attaque, forment, à mesure que la gamme descend, une ouverture elliptique. (*Ann. des mal. de l'oreille*, mai 1883.)

Deux cas de polypes des fosses nasales (adhérence entre le cornet moyen et la cloison). Un cas de pseudo-polype; par le Dr Jacquemart. — Si M. Jacquemart publie ces observations, c'est qu'elles sont vraiment extraordinaires, l'une

par l'abondance des produits néoplasiques dont l'extraction ne nécessita pas moins de quinze séances, l'autre par les difficultés qu'il eut à les extraire. Dans ce dernier cas, en effet, il existait une adhérence considérable réunissant le cornet moyen à la cloison, adhérence qui dut être préalablement détruite par l'anse galvanique. De plus, les fosses nasales étaient d'une étroitesse rare, ce qui, étant donné l'insertion des polypes à la partie supérieure, ne faisait qu'accroître les difficultés. Elles furent néanmoins surmontées, grâce à la modification apportée par l'auteur au polypotome de Wilde, modification qui consiste dans la substitution d'une tige flexible à la tige rigide.

Le cas de pseudo-polype est celui d'un garçon de douze ans qui avait, dans les deux fosses nasales, une tumeur assez volumineuse, à implantation pédiculée et siégeant sur le cornet inférieur. Ces tumeurs avaient été prises pour des polypes dont elles avaient, il faut bien le dire, toute l'apparence : masse pédiculée, boursouflée, saignant au moindre contact. L'ignipuncture fut le mode de traitement. (*Ann. des mal. de l'oreille*, mai 1883.)

Du muguet de la gorge dans la fièvre typhoïde; par M. Duguet, agrégé à la Faculté de Paris. — M. Duguet a observé cinq nouveaux cas de muguet survenu dans le cours de la fièvre typhoïde et offrant comme particularités : d'occuper tout d'abord l'isthme du gosier et principalement le voile du palais, les piliers ou la luette; d'y récidiver avec une certaine ténacité; de s'étendre à la base de la langue; de chercher à gagner tout cet organe et les joues par l'espace intermaxillaire; en un mot, de marcher de l'isthme du gosier où il domine vers la cavité buccale où il demeure accessoire. Telle n'est pas la marche habituelle du muguet, du moins celle que l'on connaissait jusqu'ici, et d'après laquelle le muguet commence à se développer dans la cavité buccale. C'est qu'en effet la description classique, celle qui donne la bouche pour foyer principal, s'applique sans doute plus spécialement au muguet de l'enfance; tandis qu'il faudrait la compléter par la description du muguet qui a pour foyer principal et peut-être pour siège d'élection l'isthme du gosier ou la gorge, et qui s'appliquerait plus particulièrement à l'âge adulte.

De là, la nécessité de visiter avec soin la gorge des typhi ques, parce que l'on pourra y découvrir et y combattre avec succès, dès le début, une angine crémeuse, dont la propagation à l'œsophage et à l'estomac pourrait entraîner pendant la maladie, et surtout pendant la convalescence, au point de vue de la nutrition et de la réparation, les conséquences les plus funestes. *(La Thérapeutique contemporaine,* 16 mai 1883.)

De l'œdème des replis aryténo-épiglottiques surtout dans les maladies chroniques du larynx; par le Dr Gouguenheim. — Cet auteur rappelle ses premières recherches et expériences, qui datent de l'année 1878, et qui lui avaient permis d'établir que la théorie donnée par Sestier était erronée. Depuis, il a repris ses recherches à l'Hôpital Bichat, et là encore les cas caractérisés par la dyspnée avec sifflement inspiratoire n'étaient constitués que par des tumeurs intralaryngiennes, vestibulaires, sus et sous-glottiques, ou des rétrécissements glottiques, par tuméfaction des cordes vocales, par paralysie des dilatateurs ou par spasmes des adducteurs. Jamais, sauf dans un seul cas, qui n'a été qu'une exception apparente, le gonflement des replis ary-épiglottiques liquide ou solide et limité à cette région, n'a produit les symptômes décrits par Sestier. Il ne les a produits ni chez les phtisiques ni chez les syphilitiques, chez lesquels la dyspnée avait une autre origine. Quelques déductions fructueuses pour la pratique découlent des observations qui précèdent.

L'œdème des replis ary-épiglottiques, surtout dans les laryngopathies chroniques, n'est pas toujours accompagné de dyspnée, fait bien connu du reste.

Quand la dysphagie manque, ce qui est rare, cet œdème peut être latent et n'être révélé que par l'examen laryngoscopique.

Le miroir montre que les replis œdématiés ou hypertrophiés ne se rabattent ni se rejoignent au moment de l'inspiration, comme l'avait dit Sestier, sans l'avoir directement constaté; tout au contraire, ils s'écartent à ce moment, suivant en cela, comme à l'état physiologique, les mouvements des cordes vocales au moment de la respiration. Quand on invite les malades à émettre un son, les replis tuméfiés se rapprochent, mais sans provoquer de dyspnée, et ce n'est qu'au cas où ce mouvement se prolonge que les spasmes et, par suite, la dyspnée, se produisent.

Quand les replis sont énormes et tout à fait au contact, ils gardent une immobilité à peu près complète et l'inspiration ne développe point de dyspnée, mais l'émission du son et un examen trop prolongé amènent très rapidement le spasme et la dyspnée, sans toutefois changer visiblement ni déplacer les replis.

Dans le cours d'un cas très prononcé d'œdème des replis, l'examen direct, pratiqué au moment d'un accès de suffocation, permit à M. Gouguenheim de constater que, loin de se rapprocher pendant l'inspiration, les replis s'écartaient au contraire, très légèrement il est vrai; d'où il suit que l'accès de suffocation était provoqué seulement par le spasme des cordes. La théorie de Sestier n'est donc pas fondée, les accès de suffocation et le sifflement inspiratoire n'étant dus, dans ce cas, qu'à un spasme intercurrent, soit d'origine réflexe, soit par compression des récurrents.

La découverte des masses aryténo-épiglottiques sans dyspnée concomitante n'est donc pas une indication à la trachéotomie. De plus, il ne faut, dans un but thérapeutique, toucher ces masses qu'avec circonspection, si on ne veut pas provoquer un spasme redoutable. Celui-ci n'exige pas toujours l'ouverture de la trachée, car on l'a vu souvent disparaître assez rapidement par le fait d'une médication externe ou interne.

Enfin, quand on est en présence des signes de la suffocation laryngienne, qu'on attribue presque toujours à l'existence d'un œdème des replis, il faut, et c'est le plus souvent possible, pratiquer l'examen laryngoscopique, car cet examen peut dévoiler l'existence de lésions sous-glottiques qui peuvent influer sur le mode opératoire. (*Ann. des mal. de l'oreille*, juillet 1883.)

Trois faits d'œdème de la glotte, deux dans le cours d'une phtisie aiguë et un dans celui d'une phtisie chronique; par le Dr Gouguenheim. — L'intérêt des deux premiers faits est dans l'absence complète de dyspnée laryngienne, malgré l'existence d'un œdème sérieux des replis, mais limité à cette région. Une autre particularité du second cas est dans l'existence d'un signe laryngoscopique, symptomatique d'une altération des cartilages aryténoïdes; ce signe est la paralysie des cordes vocales, signe analogue à ce qui se passe quand les deux récurrents sont coupés ou comprimés.

Le troisième fait, enfin, tout en prouvant l'absence de dyspnée laryngienne, semble montrer aussi l'origine possible et fréquente des accès de suffocation dans l'existence de gros ganglions sous-laryngiens, sur lesquels M. Gouguenheim a déjà attiré l'attention. (*Ann. des mal. de l'oreille*, juillet 1883.)

De l'adénome du voile du palais. — L'adénome du voile du palais est assez rare. Le Dr Mormiche en a rassemblé neuf observations, et, d'après lui, cette lésion occupe ordinairement le voile, quelquefois la voûte et le voile, exceptionnellement la voûte seule : la tumeur est toujours latérale et ne dépasse jamais la ligne médiane; elle offre la plus grande analogie avec les tumeurs adénoïdes du sein, c'est-à-dire qu'elle peut comprendre des tumeurs de la série conjonctive ou de la série épithéliale, quelquefois des adénomes purs, qui se trouvent comme à cheval sur les deux séries. Ces tumeurs sont toujours enkystées; elles sont indolentes, ne s'accompagnent jamais d'engorgement, présentent de rares troubles fonctionnels (nasonnement, gêne de la déglutition). Leur marche est toujours très lente; on les distingue facilement des tumeurs malignes par l'ensemble des caractères qui leur sont propres; le pronostic en est bénin; elles pourraient revêtir, comme dans le lipome, un caractère de malignité apparente, c'est à dire récidiver non par repullulation, mais par continuation de la maladie; le traitement à suivre consiste dans une incision suivie de l'énucléation, toujours facile à cause de l'enkystement.

Le traitement consécutif est des plus simples : la réunion immédiate, ou encore la réunion secondaire avec pansement au chloral de la cavité, pourront être employées.

Ces réflexions viennent au sujet d'une observation d'adénome du voile du palais communiquée par le Dr Picqué. La tumeur, ayant été énucléée après incision longitudinale, fut envoyée dans le laboratoire de M. Malassez, qui en fit un adéno-sarcome. Mais cette appellation doit éloigner toute idée de sarcome et montrer simplement l'analogie avec cette variété d'adénome du sein dite adéno-sarcome, et qui peut garder pendant longtemps les allures de la tumeur bénigne. (*Paris Médical*, 28 juillet 1883.)

Névroses avec vertiges, folie, délire, paralysie, convulsions épileptiformes, produites par les maladies de l'oreille

interne, chez les enfants; par M. Bouchut. — M. Bouchut avait déjà étudié, sous le nom de « maladie aigue de Ménière », les troubles nerveux, tels que vertiges et nausées, produits par une otite aiguë suivie d'abcès et de perforation du tympan; il complète aujourd'hui son étude par l'exposition de faits analogues observés chez des enfants affectés d'otite chronique.

Aux formes d'accidents nerveux, de vertige labyrinthique et réflexes produits par l'otite interne, il convient désormais d'en ajouter une autre plus rare, mais non moins curieuse. Dans cette nouvelle forme, le trouble fonctionnel porterait non plus sur la faculté d'équilibre des mouvements des membres, ni sur la sensibilité générale, mais sur l'intelligence qui serait, par crises violentes, momentanément et profondément troublée. Ce serait la *folie labyrinthique*. L'auteur en rapporte deux cas qui, traités par les injections de chlorhydrate de morphine, ont été, le premier amélioré, le second entièrement guéri.

Puis viennent un exemple de convulsions, un exemple de vertige avec céphalée et paralysie fugitive générale, un exemple de crise épileptiforme avec folie, un exemple d'hémicrânie terrible sous l'influence d'un corps étranger de l'oreille y ayant séjourné neuf ans, enfin un cas d'accidents nerveux épileptiformes ayant pour point de départ une otorrhée chronique de l'oreille droite.

Par ces faits, on peut voir que, chez les enfants comme chez les adultes, les maladies de l'oreille et les corps étrangers peuvent produire, en dehors des inflammations du cerveau et des méninges, des névroses réflexes de forme variée. Ce sont des vertiges avec titubation ou résolution paralytique passagère des membres, de la céphalalgie opiniâtre, des convulsions, et enfin des attaques de manie aiguë.

Comme on peut être certain que ces accidents ne dépendent pas d'une inflammation des méninges ou du cerveau, puisqu'ils sont intermittents et qu'ils disparaissent pour laisser plusieurs jours d'intervalle dans lesquels la santé est parfaite, il faut admettre que ce sont des névroses réflexes dues à l'irritation des filets du nerf sensitif. Mais comment une irritation périphérique des nerfs agit-elle sur le cerveau? Là est la difficulté d'interprétation. Cette irritation entretient elle un état d'hyperhémie ou d'ischémie capable de troubler

les fonctions sensoriales, motrices et intellectuelles? Il est évident, dit Bouchut, que c'est l'un ou l'autre, et dans sa pensée il voit plutôt dans ces cas des exemples de névrose réflexe congestive que des cas de névrose ischémique. Ce qui le lui fait croire, c'est l'état du fond de l'œil, constaté avec l'ophtalmoscope. En effet, on n'y trouve jamais d'ischémie, et ce qu'on y rencontre, c'est l'état normal ou un état congestif très prononcé de la papille et des veines de la rétine. Il y a deux indications : la première, c'est d'extraire les corps étrangers, s'il y en a, d'enlever les amas de cérumen et les concrétions calcaires de cérumen endurci, de tarir la suppuration de l'oreille moyenne; la seconde, c'est de combattre les accidents nerveux, sous quelque forme qu'ils se présentent. On remplit la première, en employant les moyens connus de tous; la seconde met en œuvre plusieurs médicaments qui sont le bromure de potassium, la teinture de gelsemium sempervirens, les injections de morphine, l'hydrate de chloral, le chloroforme et le sulfate de quinine, qui a donné à Bouchut les meilleurs résultats. (*Paris Médical*, nos du 28 juillet et du 4 août 1883.)

Nouvel éclairage électrique.

Modification du Polyscope de M. Trouvé.

Le Polyscope de M. Trouvé est suffisamment connu pour nous dispenser d'en donner une nouvelle description. (*Revue mensuelle d'Otologie*, 1882, p. 148.)

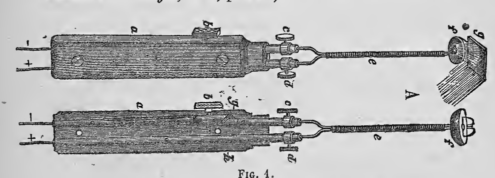


Fig. 1.
A. Reflecteur pour le pharynx et le larynx (Polyscope de Trouvé).

Disons seulement que, dans cet appareil, la lumière est produite par un fil en platine porté à l'incandescence au moyen d'un courant électrique conduit par deux fils de cuivre visibles à leur entrée et à leur sortie du manche à pédale.

Ces deux fils de cuivre se terminent par un fil de platine placé au centre du reflecteur. Une entaille de l'extrémité de chacune des tiges de cuivre permet d'enlever à volonté le fil de platine qui s'y adapte.

C'est ce fil de platine que nous remplaçons par une lampe électrique presque microscopique. Elle est due à l'habileté de M. Seguy.

On peut la remplacer aussi facilement que le fil de platine lorsqu'elle est brûlée ou noircie. La disposition de la figure ci-dessus nous dispense de toute explication. La fermeture du courant, c'est-à-dire de la lumière, est produite par la pression du bouton B.



Fig. 2.
Notre lampe s'adaptant dans le reflecteur A.

Cette lampe a sur le Polyscope l'avantage de permettre l'examen des diverses cavités naturelles avec plus de facilité, car l'on n'a plus à craindre ni fonte du platine, ni brûlure des parties que l'on explore.

Nous avons employé à diverses reprises, depuis quelque temps déjà, cet éclairage, conjointement avec celui du photophore. Notre appareil, tout en nous donnant une lumière aussi éclatante que ce dernier appareil, nous dispense du bandeau frontal, puisque nous portons directement la lumière dans les cavités que nous examinons. J. Baratoux.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

(8e session, Copenhague 1884).

Programme provisoire de la section de Laryngologie.

1. Traitement du goitre.
2. Les affections syphilitiques du larynx, leurs formes et leur fréquence.

3. La signification pronostique des différentes manifestations locales de la tuberculose du larynx.
4. Le traitement local de la diphtérite.
5. Les inhalations médicamenteuses dans les maladies des voies aériennes.
6. Pathogénie et traitement du spasme de la glotte.
7. L'enlèvement opératif des corps étrangers et des pseudoplasmes des voies aériennes.
8. Traitement des polypes du nez, évulsion — galvano-cautérisation.
9. Les paralysies du larynx.
10. L'éducation méthodique de la voix de chant.

Le Comité de cette section sera composé comme il suit : *Président :* Dr V. Meyer; *Secrétaire :* Dr Sckmiegelaw; *Assesseurs :* Drs Berleinc Nix, C. Bull, à Christiana, et M. Le Professeur Ribling, à Lund.

Programme provisoire de la section d'Otologie.

1. L'ouverture opérative de l'apophyse mastoïdienne.
2. Maladies nerveuses de l'oreille.
3. La dissection de l'organe de l'ouïe à l'égard spécial de ses altérations pathologiques.
4. L'importance des maladies de l'oreille quant à l'aptitude au service militaire.
5. Les différentes espèces de bruits subjectifs et leur traitement.
6. Le traitement du catarrhe chronique de la cavité naso-pharyngienne.
7. Essai d'établir la portée de la bactériologie pour l'otologie.
8. Prophylaxie des maladies chroniques de l'oreille après les fièvres éruptives.
9. Diagnose des complications intra-crâniennes de l'inflammation suppurative de l'oreille moyenne.
10. L'importance de l'otologie pour le perfectionnement médical général.

Le Comité de la section sera composé de MM. le Dr V. Meyer; Dr V. Bremer, *secrétaire;* et les Drs V. Lange, Mathiasen, Chaulow, de Christiana, et Settabla, de Stockholm.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Larynx.

Wagner. — Du traitement des fractures du larynx (*Centrall. f. chir.*, nº 23, 1883, et *London med. rec.*, 15 Octobre 1883, p. 420).

Grey-Glover (James). — De l'émétique dans les cas de corps étrangers de la gorge (*The Lancet,* 13 Octobre 1883).

Massei. — Un diagnostic trompeur (*Archiv. Italiani di laryngol.*, fasc. 2-15, Octobre 1883).

Cadier. — Auto-inoculation laryngée de la tuberculose par le contact direct des points symétriques des cordes vocales (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, nº 4, Septembre 1883).

Gouguenheim. — De l'œdème des replis aryténo-épiglottiques, surtout dans les maladies chroniques du larynx (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, nº 3, Juillet 1883).

Beverley-Robinson. — Paralysie laryngienne d'origine probablement syphilitique *(The med. rec.* N. Y., 5 Mai 1883).

Gonzalez-Alvarez. — Kyste intra-laryngien *(Annales de otol. y laryng.*, Juin 1883).

Massei. — Les courants constants dans la gorge *(Bollet. della malatt. dell' orech.*, etc., 2 Mars 1883).

Zawerthal. — La voix chez l'homme et chez les animaux *(Arch. stal. des laryngologia*, 15 Juillet 1883, fasc. 1).

Hunter-Mackensie — Faits cliniques de maladies de la gorge et du nez *(Edimb. med. journ.*, Octobre 1883).

Oreilles.

Bobane-Tomasa. — Sur quelques observations d'otite moyenne purulente dans la phtisie *(Bollettino delle malat. dell' orech.*, etc., nº 3. — Mai 1883).

Andrew. — Du diagnostic des complications cérébrales, suites de maladies de l'oreille, par l'examen ophtalmoscopique *(The med. rec.*, 29 Septembre 1883).

Pierce. — Des différentes formes de tympans artificiels et de leur valeur comparée *(Brit. med. assoc.*, 51e année, sect. d'otol. In *Brit. med. Journ.*, 13 Octobre 1883, p. 720).

Barr (Thomas). — Observations pratiques sur la valeur de la ouate (tympan artificiel de Jearsby) pour améliorer l'ouïe *(Brit. med. assoc.*, 51e réunion, sect. d'otol. In *Brit. med. journ.*, 13 Octobre 1883, p. 722).

Varia.

Kirk-Duncanson. — De l'examen des sourds-muets *(Edimb., med. journ.*, Décembre 1882 et Juin 1883).

Maxwell. — Des suites de la trachéotomie après l'occlusion de la plaie trachéale *(Edimb., med. journ.*, Mars 1883).

Ariza. — Une visite à la policlinique de laryngologie de Séville *(Anales de otol. y laring.*, Juin 1883).

Cicconardi. — Trachéotomie par le procédé rapide *(Arch. ital. di laring.*, fasc. 1, 15 juillet 1883).

Kock (Paul). — Contribution à l'étude du sarcôme primitif du corps thyroïde *(Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, nº 4, Septembre 1883).

Dubranle. — De l'articulation dans ses rapports avec l'hygiène des sourds-muets *(Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, Septembre 1883).

Bouchut. — De l'excrétion de l'urée dans le croup, l'angine couenneuse et le faux croup *(Paris Médical*, nos 39 et 40, 1883).

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.